

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

1921

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

STANISLAS RABREAU

Chef de Laboratoire à l'hôpital Saint-Louis

à NANTES (Loire-Inférieure), le 16 février 1889

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE d'une Forme rare de Lupus vulgaire LE LUPUS ANNULAIRE

Président de Thèse : M. le Professeur JEANSELME

PARIS

ÉDITIONS MÉDICALES

7, Rue de Valois, 7

1921

A MES PARENTS

A MONSIEUR LE DOCTEUR BROCC

*Médecin de l'Hôpital Saint-Louis,
Officier de la Légion d'Honneur.*

Faible hommage de reconnaissance pour l'intérêt bienveillant qu'il nous a toujours témoigné et pour les conseils précieux qu'il nous a donnés au sujet de ce travail.

A MONSIEUR LE DOCTEUR PAUTRIER

*Professeur de Clinique dermatologique
et syphiligraphique à la Faculté de Strasbourg,
Chevalier de la Légion d'Honneur.*

Témoignage de vive reconnaissance pour toutes les attentions qu'il a eues pour nous.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR JEANSELME

*Membre de l'Académie de Médecine,
Médecin de l'Hôpital Saint-Louis,
Officier de la Légion d'Honneur.*

A MES MAITRES
DE L'ECOLE DE MEDECINE
ET DE L'HOPITAL DE NANTES

A MESSIEURS LES DOCTEURS :

BAHUAUD, BUREAU Emile, BUREAU LOUIS, CHASTENET DE
GÉRY, GOURDET, GUILBAUD, GUILLEMET, JOUON, LEDUC,
LÉQUYER, LE MEIGNEN, A. MALHERBE (*in memoriam*),
MIRAILLÉ MONNIER Amédée, MORIN, OLLIVE, PASQUE-
REAU, SOURDILLE LÉON, VIGNARD (*in memoriam*).

A MONSIEUR LE PHARMACIEN MARGUERY,
Professeur de Chimie.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX DE PARIS :

MM. le D^r HUTINEL, professeur agrégé, membre de l'Aca-
démie de Médecine.
le Professeur agrégé MÉNÉTRIER, membre de l'Aca-
démie de Médecine.
le D^r Emile SERGENT, membre de l'Académie de
Médecine.
le D^r MORESTIN, professeur agrégé (*in memoriam*).
le D^r MOUCHET, chirurgien des Hôpitaux.
le D^r BROCC, médecin de l'Hôpital Saint-Louis.
le D^r GOUGEROT, agrégé de la Faculté de Médecine.
le D^r LARDENNOIS, chirurgien des Hôpitaux, agrégé.
les D^{rs} HARVIER et TIXIER, médecins des Hôpitaux.
le D^r CATHALA, accoucheur des Hôpitaux.

A MESSIEURS LES DOCTEURS

FERNET, SIMON, BELOT, DESAUX, NAHAN, BRAC, BARBIER,
VEYRÈRES, MARTIN.

CONTRIBUTION

à l'Etude d'une Forme rare de Lupus vulgaire

LE LUPUS ANNULAIRE

INTRODUCTION

Pendant notre externat à l'Hôpital Saint-Louis, dans le service de notre vénéré maître, M. le Dr Brocq, nous avons eu la fortune inespérée d'observer deux malades atteints d'une tuberculose cutanée à forme rare, nettement distincte des formes serpigineuses du lupus vulgaire, se rapprochant de la forme décrite par Kaposi sous le nom de *Lupus centrifuge circiné* et que notre maître M. le Dr Brocq avait déjà observée dès 1890 avec le regretté Dr Jaquet et à laquelle il avait donné le nom de *Lupus annulaire*.

Il nous a semblé qu'il serait intéressant de publier ces deux observations d'un lupus qui présente une physionomie spéciale et comporte parfois un pronostic particulièrement grave et dont le diagnostic peut prêter à confusion surtout avec la syphilis; en

effet sur trois des malades dont les observations sont annexées à ce mémoire, deux ont été traités pour la syphilis, le troisième pour une trichophytie cutanée.

Nous regrettons vivement de ne pouvoir apporter ici, à l'appui de nos deux observations personnelles, les observations recueillies par M. le Dr Brocq; il nous a été impossible, malgré les recherches que nous avons faites à ce sujet, de savoir à qui elles avaient été confiées à la mort du Dr Jacquet qui les avait en sa possession pour les compléter par l'étude histopathologique des pièces anatomiques.

HISTORIQUE

Dans son traité des maladies de la peau (traduction de Besnier et Doyon), Kaposi décrit une variété de lupus vulgaire, le *lupus tuberculo gommeux centrifuge circiné*, d'aspect nettement syphiloïde : ces variétés centrifuges de lupus vulgaire appartiennent pour lui, aux formes anatomiques atrophiques, cicatricielles, fibreuses. « Tantôt autour d'un centre normal ou à peu près, cicatriciel et plus ou moins induré, avec une circination régulière et complète, ou séparée ou non par une bordure rouge livide, on trouve une couronne de foyers tuberculo-gommeux recouverts de croûtes et formant rempart souvent élevé d'un centimètre au-dessus du niveau, fréquemment incomplet, interrompu; dans d'autres cas, ce n'est pas une cicatrice qui occupe le centre, mais un gâteau de lupus tuberculo-gommeux, recouvert de ses croûtes classiques, exubérant, mollesse, entouré d'un anneau rouge livide, papillomateux ou simplement cicatriciel et fibreux. Au visage ce type évolue sur les joues; au tronc, à la

racine des membres, on le retrouve amplifié dans toutes les dimensions; sur les membres inférieurs en particulier ou sur le tronc, il dessine de grands festons autour de la zone centrale, saine, cicatricielle, parsemée ou non de tubercules vulgaires ou d'îlots de scrofulo-tuberculose gommeuse; les bords eux-mêmes sont composés d'îlots de tubercules croûteux ou squameux, épais, souvent interrompus, élevés et donnant parfois accessoirement naissance à des anneaux aberrants, composés de foyers tuberculo-gommeux disposés circulairement. La plupart de ces formes sont à un haut degré syphiloïdes et la différenciation objective seule serait souvent insuffisante; il est toujours prudent de remonter la série anamnestique et de ne se prononcer qu'après examen entier du corps du sujet, en se rappelant que la pluralité des lupus sur un même sujet est fréquente ».

Besnier et Doyon décrivent également le *lupus marginé, excentrique, circiné*, dans lequel la disposition circinée est ordinairement secondaire à la régression et à l'atrophie cicatricielle des parties centrales, lesquelles d'ailleurs sont rarement trouvées libres de foyers tuberculeux anciens ou nouveaux.

Le lupus annulaire que nous avons observé ne correspond pas exactement à la description de Kaposi, de Besnier et Doyon; il en diffère tout

d'abord par la forme qui est nettement annulaire, par l'aire centrale qui n'est nullement atrophique, ou à peine cicatricielle, par la bordure qui est régulière, mince, peu ou pas recouverte de croûtes, formée par la réunion de tubercules minuscules, semblables aux lupomes du lupus vulgaire et par ce fait que dans la zone centrale on ne trouve jamais de tubercules en évolution. En 1890, notre maître, M. le D^r Brocq a observé avec le D^r Jacquet plusieurs cas de ce lupus centrifuge circoné et lui a donné le nom de *lupus annulaire*. Dans son traité élémentaire de Dermatologie pratique, il en donne la description suivante : « C'est une forme spéciale de lupus à marche extensive centrifuge et dont la lésion élémentaire reportée à la périphérie est constituée par une série linéaire de petits nodules transparents, comme perlés, presque tangents, formant une zone d'extension de deux à quatre millimètres de large, indurée, un peu croûtelleuse, entourant la zone centrale qui est déprimée, légèrement cicatricielle; cette forme est remarquable par sa virulence. Les sujets qui en sont atteints succombent rapidement à la tuberculose ».

En 1896, Elliot publia dans le journal des maladies cutanées et des organes génito-urinaires l'observation d'une malade atteinte de lupus annulaire de la face apparu vers l'âge de 45 ans, évoluant d'une façon lente et progressive, la zone centrale

blanche et cicatricielle, sans aucun tubercule en activité, étant limitée par une bordure étroite plus ou moins régulièrement annulaire, de couleur brunnâtre, régulière, légèrement surélevée et dont l'examen histologique montra la structure du lupus vulgaire avec présence de bacilles de Koch.

Jadassohn, dans son article « Tuberculose de la peau » du manuel des maladies de la peau de Mracek, signale que le lupus vulgaire plan peut revêtir parfois la forme annulaire qu'il désigne sous le nom de « Elliots Lupusannularis ».

Le Dr Barthélémy (Société de Dermatologie, séance du 1 juillet 1901) dit avoir observé un malade présentant un lupus annulaire de la face, sans complication viscérale, qu'il a traité par l'ignipuncture et dont la guérison s'est maintenue depuis plus de dix ans.

En 1901, Fournier présenta à la Société de Dermatologie une malade atteinte d'une éruption circinée du front dont l'examen histologique révéla la nature tuberculeuse (observation de MM. Chatin et Gastou).

Liepschütz, à la Société Viennoise de Dermatologie (octobre 1910), présenta un malade âgé de 48 ans, porteur d'un lupus annulaire symétrique, siégeant de chaque côté du cou et évoluant depuis neuf ans. Le Wassermann était complètement négatif et un traitement par des injections mercurielles

et l'iodure de potassium n'amena aucune modification des lésions. Par contre la réaction de Pirkett était nettement positive, les crachats du malade contenaient d'assez nombreux bacilles de Koch et le lupus annulaire coïncidait avec une laryngite tuberculeuse grave.

James et Walker ont observé une jeune fille de 19 ans présentant un lupus vulgaire disséminé sur plusieurs parties du corps et dont un élément siégeant sur la joue formait un anneau ovale avec centre cicatriciel : l'examen histologique confirma la nature tuberculeuse de la maladie.

Dans le Journal des maladies cutanées et génito-urinaires, Ransom et Van Giéron ont publié l'observation d'une fillette atteinte d'une forme spéciale de lupus plan, se rapprochant du lupus annulaire, ayant guéri spontanément sans aucun traitement local.

En 1910, Richard Sutton, de Kansas City, a observé un cas de lupus annulaire chez un homme de 24 ans, dont le diagnostic fut confirmé par l'examen histologique (*Journal of cutaneous and genito-urinary diseases*, 1910).

Dans son ouvrage sur la tuberculose de la peau, Karl Zieler décrit en quelques lignes la forme annulaire ou circinée du lupus vulgaire qui ressemble nettement à la trichophytie cutanée.

ÉTUDE CLINIQUE

Le Lupus annulaire siège le plus souvent à la face (observations des D^{rs} Brocq et Jacquet, observations I, II et III), plus rarement sur le tronc (observations IV, V et VI); en général la lésion est unique (observations II et III), plus rarement multiple (observations I, IV, V et VI). Chez les malades que nous avons observés, la maladie a débuté vers l'âge de 30 ans; il semble donc que son apparition soit un peu plus tardive que dans les autres formes de lupus vulgaire.

Le Lupus annulaire débute sous la forme d'une petite lésion de couleur rouge, non douloureuse, grosse comme une lentille qui, en général, n'attire pas l'attention du malade. Puis la lésion initiale augmente peu à peu, s'agrandissant excentriquement, très lentement, mettant des mois et même des années pour arriver à acquérir les dimensions d'une pièce de un franc ou de deux francs, la partie centrale du lupus étant indemne de tout nodule en évolution, tous les éléments en activité étant reportés à la périphérie.

A la période d'état, la lésion forme un anneau plus ou moins régulier, des dimensions d'une pièce

de vingt centimes à une pièce de deux francs, et quelquefois plus; dans un des cas observés par M. le Dr Brocq, la lésion située à la partie inférieure de la joue avait environ six centimètres de diamètre. La partie centrale de l'anneau est constituée tantôt par de la peau absolument saine à tel point que chez un de nos malades (observation III) les follicules pileux sont parfaitement conservés; le lupus qui occupe la région temporale droite et empiète sur le cuir chevelu n'a détruit aucun cheveu et pour mettre en évidence la moitié supérieure de l'anneau, il nous a fallu couper les poils à la tondeuse; tantôt, comme dans les cas observés par M. le Dr Brocq, par une zone cicatricielle, quoique non profondément infiltrée. Dans les cas que nous avons observés la peau de la partie centrale avait gardé sa souplesse normale, sans trace aucune d'infiltration.

La bordure, de couleur rouge plus ou moins jaunâtre, en général large de quelques millimètres (un à quatre millimètres), est nettement surélevée, faisant saillie au-dessus des plans environnants; elle est recouverte soit de petites squames légères, soit de petites croûtelles; à la palpation on note une infiltration nette de toute la bordure.

Cette bordure est régulière et continue, parfois moins visible en certains points où il semble exister de minimes solutions de continuité.

A la vitropression, cette bordure est formée par la juxtaposition de petits éléments arrondis de couleur jaune clair, presque ambrée, semblables aux lupomes du lupus plan, mais plus petits, comme perlés, presque tangents les uns aux autres; ces nodules ont la même consistance que les nodules ordinaires du lupus, le scarificateur y pénètre facilement et donne à la main la sensation de mollesse caractéristique du nodule lupique.



Lupus annulaire de la région temporale.
Collection de M. le D^r Brocq. — Cliché Schaller.

ÉVOLUTION ET PRONOSTIC

L'évolution du lupus annulaire est extrêmement lente.

Le pronostic de cette affection doit être réservé, car souvent la lésion cutanée coïncide avec des lésions pulmonaires en activité.

Pour M. le D^r Brocq, le lupus annulaire comporterait un pronostic particulièrement grave; en effet, les malades qu'il avait observés et qui faisaient le sujet du mémoire remis au D^r Jacquet, sont morts de tuberculose pulmonaire; chez ces malades l'examen histologique des lésions cutanées avait révélé la présence d'assez nombreux bacilles de Koch dans les nodules lupiques, comme dans le tubercule anatomique ou la tuberculose verruqueuse de Riehl et Paltauf; or, nous savons quelle est la fréquence des lymphangites tuberculeuses et des métastases viscérales chez les sujets porteurs de ces formes de tuberculose cutanée. C'est la coïncidence de ces deux faits (évolution grave de la tuberculose viscérale et présence de bacilles de Koch assez abondants

dans les nodules lupiques) qui avait conduit M. le Dr Brocq à faire du lupus annulaire une forme de lupus particulièrement maligne. Chez plusieurs des malades observés par M. le Dr Brœcq, la guérison ou l'amélioration du lupus avait coïncidé avec une aggravation des lésions pulmonaires.

Pour le Dr Barthélémy, le pronostic du lupus annulaire ne différerait en rien de celui des autres formes de lupus vulgaire; un lupus annulaire traité par lui par la thermocautérisation aurait complètement guéri et la guérison s'est maintenue complète pendant plus de dix ans sans qu'il soit survenu aucune complication ni ganglionnaire, ni viscérale.

Chez les malades dont les observations sont annexées à ce mémoire, nous n'avons trouvé aucune lésion viscérale grave; ce sont des touseurs, sujets aux bronchites, et ne présentant à l'auscultation que des signes peu nets de tuberculose pulmonaire au début. L'un d'eux traité par l'ignipuncture conserve un bon état général, malgré la guérison presque totale de son lupus; il accuse toutefois un amaigrissement de quelques kilogrammes; mais les lésions pulmonaires constatées chez lui lors de sa première visite dans le service n'ont subi aucune modification appréciable.

D'ailleurs, l'examen histologique des nodules lupiques n'a révélé chez aucun de nos malades la

présence de bacilles de Koch; l'inoculation au cobaye a été négative dans un cas.

En s'appuyant sur ces faits, sur le cas du Dr Elliot et sur celui du Dr Barthélémy et sur ceux des Drs Ransom et Sutton, on peut conclure que le lupus annulaire peut revêtir des modalités diverses : à côté des formes malignes à évolution rapide s'accompagnant de tuberculose viscérale grave, il existe des formes de virulence moindre ayant l'évolution du lupus vulgaire et comportant un pronostic moins sombre. On ne saurait donc d'emblée porter un pronostic grave au point de vue de la vie chez les malades atteints de cette forme morbide.

HISTOLOGIE PATHOLOGIQUE

Le lupus annulaire est constitué par des lésions ayant tous les caractères du tissu lupique, avec formation de tissu tuberculeux franc; tantôt les lésions sont superficielles, n'occupant que le derme superficiel avec intégrité complète du derme moyen et du derme profond, comme dans le lupus plan, tantôt les lésions sont plus étendues, occupant le derme superficiel, le derme moyen et le derme profond, comme dans le lupus tumidus non exedens.

Au niveau de la peau cliniquement saine il existe une infiltration discrète autour des vaisseaux, infiltration dont les éléments sont constitués par des cellules du type lymphocyte ou lymphoconjonctif; ça et là également on trouve dans le corps papillaire, disséminés, quelques lymphocytes ou quelques cellules lymphoconjonctives.

Au niveau de la bordure infiltrée on trouve deux lésions importantes : tout d'abord l'*atrophie de l'épiderme*; secundo une *infiltration du derme* soit localisée aux plans superficiels, soit s'étendant jus-

qu'au derme profond, formant ou bien des nodules isolés ou bien des nappes d'infiltration homogène.

L'atrophie de l'épiderme est tantôt égale partout, la ligne d'union entre la basale et le derme représentant une ligne presque droite, tantôt marquée surtout par places avec conservation presque complète des papilles et des prolongements interpapillaires par endroits et dans ce cas, on ne constate aucune altération ni du corps muqueux ni de la basale.

Les modifications au niveau de la couche cornée et de la granuleuse sont peu importantes, tout au plus note-t-on un léger épaissement de la couche cornée avec desquamation par places, mais sans parakératose.

L'infiltration de la couche dermique arrive tantôt en contact direct avec la basale, là où l'épiderme est atrophié au maximum, tantôt au contraire, là où les papilles persistent encore avec les prolongements interpapillaires, elle en est séparée par une lame plus ou moins épaisse de tissu dermique à peu près sain.

Cet infiltrat est réparti dans le derme, soit sous forme de nodules arrondis plus ou moins volumineux entre lesquels on distingue des bandes de collagène modérément infiltrées, soit sous forme de nappes homogènes.

Ces nodules infiltrés sont constitués tantôt par le

groupement autour de cellules géantes centrales de cellules épithélioïdes, puis de cellules lymphoïdes, donnant l'aspect classique du follicule tuberculeux, tantôt, le plus souvent, par des éléments lymphoïdes et épithélioïdes sans cellules géantes avec prédominance soit des cellules lymphoïdes soit des cellules épithélioïdes.

Cette infiltration semble ordonnée par rapport aux vaisseaux autour desquels elle forme par places des manchons complets.

Les glandes sébacées, les follicules pileux sont parfaitement conservés; par places les glandes sudoripares sont entourées d'un manchon d'infiltration.

Dans les 3 observations que nous avons jointes à ce mémoire, il a été impossible de mettre en évidence la présence de bacilles de Koch. Par contre, chez les malades observés par M. le Dr Brocq, l'examen histologique avait permis de déceler la présence de bacilles de Koch assez abondants dans les nodules et c'est la coïncidence de ce fait avec l'évolution grave de la tuberculose viscérale chez ces sujets qui avait déterminé M. le Dr Brocq à décrire cette forme objective comme forme maligne de lupus.

DIAGNOSTIC

De par ses caractères objectifs, son apparition tardive, son évolution et son pronostic parfois fatal, le lupus annulaire forme une variété de lupus vulgaire nettement définie, différente des *formes serpigneuses du lupus vulgaire* dont elle se distingue par sa forme régulièrement circulaire qui persiste pendant toute l'évolution de la maladie, par sa bordure étroite, continue et régulière, légèrement surélevée au-dessus des plans environnants, par sa partie centrale peu ou pas cicatricielle au niveau de laquelle on ne trouve pas de tubercules en évolution.

Cet aspect spécial du lupus annulaire peut parfois conduire à des interprétations erronées et le diagnostic peut présenter quelque difficulté avec la trichophytie des parties glabres, le psoriasis circiné, le lichen plan circiné, la porokératose de Res-pighi-Mibelli, l'épithélioma plan cicatriciel, et surtout avec les syphilides circinées.

La trichophytie cutanée se distingue du lupus

annulaire tout d'abord par son évolution plus rapide; grande au début comme une lentille, la plaque de trichophytie arrive à constituer en une quinzaine de jours un cercle de quinze centimètres de diamètre : elle est également au début le siège de démangeaisons assez vives. En outre le plus souvent la partie centrale de la lésion est jaunâtre, légèrement pigmentée, un peu pityriasique; la bordure est constituée par des séries de petites élevures rouges recouvertes de fines squames furfuracées et très souvent sur la bordure périphérique on trouve des petites vésicules transparentes, perlées, du volume d'une tête d'épingle; de plus, l'examen microscopique révèle la présence d'un champignon sous forme de mycélium sporulé ou non sporulé : d'ailleurs, le traitement par la teinture d'iode amène rapidement la guérison.

Le psoriasis circiné, comme le lupus annulaire, présente une partie centrale constituée par de la peau saine, mais s'en différencie par l'anneau périphérique qui est en général plus large que celui du lupus annulaire, de coloration rouge plus ou moins vif, recouvert entièrement de squames blanches, stratifiées, prenant l'aspect de taches de bougie par le grattage; si l'on continue le grattage avec une curette à bords mousses, on enlève une dernière pellicule, dite pellicule décollable et on arrive sur une surface rouge, lisse et luisante, légèrement exo-

sérotique et parsemée d'un piqueté hémorrhagique caractéristique. En outre, on trouve chez le malade les localisations types du psoriasis.

Le lichen plan circiné se distingue du lupus annulaire tout d'abord par son siège; il est très rare au niveau du visage, on le rencontre principalement au niveau des parties génitales, scrotum, gland, bas-ventre, partie inférieure des jambes, plus rarement sur les avant-bras. Le centre de la lésion est le plus souvent plus ou moins pigmenté; les papules qui forment la bordure de l'anneau sont plus « néoplasiques » que dans le lupus annulaire; d'ailleurs, ces éléments de lichen plan circiné coïncident le plus souvent avec d'autres éléments de lichen plan soit sur le corps soit sur les muqueuses.

On pourrait également confondre le lupus annulaire avec une affection fort rare, qui peut siéger au visage : *la porokératose de Respighi-Mibelli*. A la période d'état, la porokératose de Respighi Mibelli est constituée par une lésion circinée comprenant une aire centrale limitée par un bourrelet périphérique formé par une sorte de prisme triangulaire reposant sur les téguments, dont l'arête supérieure est abrasée et présente une sorte de canal assez profond dans lequel s'enfonce une lame cornée dure, saillante, formant une crête linéaire. Au niveau de l'aire centrale la peau peut être normale ou atrophique, mais on peut y découvrir quelques papules

cornées saillantes ou des dépressions circulaires en forme de puits consécutives à la chute du bouchon corné, qui coiffait le sommet de ces papules.

L'épithélioma plan cicatriciel sous *épithélioma perlé* de E. Besnier est d'un diagnostic facile lorsque la lésion est assez étendue; mais au début la confusion est possible, car dans les deux cas l'évolution est très lente; nous nous souvenons d'une jeune fille chez laquelle nous avions pensé à un lupus annulaire de la joue, alors que la biopsie a montré qu'il s'agissait d'un petit épithélioma perlé. Toutefois, dans la plupart des cas, la bordure de l'épithélioma perlé est mousse, nettement indurée, non squameuse et quand on tend les téguments on voit des petites nodosités blanchâtres et non jaunâtres comme dans le lupus, formant comme des petites perles; le plus souvent le centre est recouvert de squames brunes sous lesquelles on trouve du tissu friable, ou bien le centre est cicatriciel, blanc mat, induré. D'ailleurs, l'abiopsie permet de trancher le diagnostic.

Le plus souvent on confond le lupus annulaire avec les *syphilides circinées*; c'est ainsi que deux de nos malades avaient été mis au traitement anti-syphilitique; ici donc les anamnestiques nous seront d'un grand secours.

Les syphilides papuleuses secondaires dites élégantes peuvent simuler le lupus annulaire; comme lui elles siègent à la face, mais leur siège de prédi-

lection est le menton, la lèvre inférieure, la commissure des lèvres, autour des narines; elles forment des cercles comme tracés au compas de 8 millimètres à deux centimètres de diamètre constitués par de petites papules légèrement squameuses juxtaposées; mais la couleur de l'anneau est généralement rose pâle, parfois légèrement bistre et en général, tandis que la bordure externe de l'anneau est nettement limitée, la bordure interne est beaucoup moins nettement définie. D'ailleurs ces lésions coïncident le plus souvent avec d'autres éléments de syphilis en activité soit au niveau des muqueuses, soit au niveau de la peau.

Les syphilides papulosquameuses circonscrites psoriasiformes du cou, du tronc et des membres se distinguent plus facilement du lupus par la présence de squames nettes adhérentes; par le grattage méthodique on obtient du purpura rapide et progressif en quelques coups de curette. En outre, souvent il existe au centre de l'anneau un petit élément papuleux en activité, signe pathognomonique de syphilis.

Nous n'insisterons pas longuement sur le diagnostic avec une forme rare de syphilis secondaire maligne décrite par Fournier, la *syphilide papulo tuberculeuse annulaire* constituée par une zone externe circulaire infiltrée pouvant avoir les dimensions d'une pièce de deux francs encerclant une

partie de niveau avec la peau saine environnante, mais qui est fortement pigmentée.

Les syphilides tertiaires tuberculeuses circonées non ulcéralives (forme rare) dont le siège est le plus souvent au visage, ont une marche extensive et excentrique beaucoup plus rapide que celle du lupus annulaire; de plus, le centre de la lésion est nettement cicatricielle.

Quant aux *syphilides tuberculo squameuses circonées*, elles se différencient facilement du lupus annulaire par leur évolution rapide, la cicatrice centrale plus ou moins pigmentée, la destruction des follicules pileux et la tendance qu'elles ont à former des éléments à bordures polycycliques.

Le lupus annulaire pourrait encore être confondu avec les *syphilides quaternaires* qui sont des syphilides à forme tardive superficielle circonée; mais ce sont des lésions qui frappent surtout les vieillards, formant des anneaux d'un rouge très pâle, peu infiltrés, faisant à peine saillie sous la peau; le centre de la lésion est nettement cicatriciel.

D'ailleurs, dans tous les cas, la réaction de Wassermann nous apportera des renseignements précieux.

Nous ne croyons pas que la circination de ce lupus soit conditionnée par l'évolution du lupus sur un terrain de syphilis héréditaire, car chez nos

malades nous n'avons pu retrouver aucun stigmate d'hérédosyphilis; le Wassermann était complètement négatif, et le traitement spécifique n'a amené aucune amélioration.

TRAITEMENT

Le traitement du Lupus annulaire doit être avant tout un traitement général, car presque toujours à la tuberculose cutanée se surajoutent des lésions pulmonaires qui méritent d'attirer l'attention du médecin et doivent dès le début être traitées énergiquement.

Le traitement devra donc être hygiénique et diététique; il sera nécessaire de mettre le malade dans les meilleures conditions pour lutter contre les causes qui peuvent aggraver son état; on devra lui conseiller le maximum de repos compatible avec sa situation de fortune et, si possible, la vie au grand air, à la campagne. Les eaux minérales et les cures d'altitude peuvent être ici d'un grand secours, pourvu que les stations soient choisies judicieusement, c'est-à-dire selon la forme de tuberculose pulmonaire que présente le malade. Dans les formes torpides on pourra conseiller Leysin, Davos, Uriage (eaux sulfureuses et chlorurées sodiques), La Bourboule (eaux bicarbonatées, chlorurées

sodiques et arsénicales), Le Mont-Dore (eaux bicarbonatées, chlorurées sodiques et arsénicales). Dans les formes congestives, Arcachon et Amélie-les-Bains sont plus indiqués.

Le régime alimentaire devra être basé sur la tolérance du tube digestif, en se souvenant que R. Laufer a montré que les tuberculeux avaient besoin de 40 à 50 calories par kilogramme (la moyenne admise chez l'homme sain étant de 30 à 35 calories). La ration azotée doit toujours comprendre une certaine quantité de viande crue réduite en pulpe qui, d'après Ch. Richet et Héricourt est presque un médicament opothérapique de la tuberculose.

Le traitement médicamenteux comprendra soit l'administration d'arsenic préconisé dans le lupus vulgaire par Bateman, Albers, Devergie (Liqueur de Fowler, arséniate de soude, liqueur d'Erasmus Wilson ferro-vino-soo-arsénicale, cacodylate de soude, novarsénobenzol à faibles doses), soit les préparations iodées (sirop iodo-tannique à la dose de 3 à 4 cuillerées à bouche par jour, sirop d'iodure de fer). Mais le médicament de choix est certainement l'huile de foie de morue dont M. le Dr Brocq a obtenu d'excellents résultats dans le traitement des lupus; l'huile de foie de morue doit être employée à très hautes doses, de 4 à 8 cuillerées à soupe par jour; Bazin montait même jusqu'à la

dose quotidienne de 300 grammes; mais à cette dose on observe des accidents digestifs. On doit ordonner l'huile de foie de morue l'hiver et la remplacer pendant l'été soit par des préparations arsénicales, soit par des préparations iodées.

On peut également employer dans les cas de lupus annulaire une médication nouvelle qui semble avoir donné jusqu'ici des résultats intéressants tant dans les tuberculoses pulmonaires que dans les tuberculoses cutanées : ce sont les injections intraveineuses de sulfates de terres rares (néodyme, praséodyme, samarium), préconisées par MM. Frouin, Grenet et Drouin. Au point de vue général cette médication se traduit par une exagération de l'appétit et une augmentation notable de poids; le nombre des hématies est augmenté ainsi que celui des globules blancs qui passent de 6.000 à 12.000 une demi-heure après la première injection pour atteindre 50.000 à 60.000 après 20 jours de traitement; la formule leucocytaire est également modifiée, on trouve une mononucléose considérable. Les modifications au niveau des lésions cutanées consistent en une production de néoformations fibreuses mises en évidence par l'examen histologique des tubercules lupiques fait après trois semaines de traitement intraveineux par les sulfates de terres rares. Les injections sont faites avec une solution à 2 % de sulfates de samarium, néo-

dyme et praséodyme; pendant 20 à 25 jours on fait des piqûres à des doses progressivement croissantes de 2 à 5 ou 6 centimètres cubes (soit 0 gr. 04 à 0,10 ou 0 gr. 12 de sulfates métalliques); ce traitement ne provoque que des réactions peu appréciables et ne peut empêcher le malade de vaquer à ses occupations;; après un repos d'une quinzaine de jours on refait une nouvelle série de 20 à 25 injections.

Le traitement par les injections de tuberculine doit être rejeté dans le cas de lupus annulaire, car il peut aggraver les lésions pulmonaires déjà existantes.

Traitement local. — On devra éliminer toutes les opérations sanglantes, car dans les formes malignes de lupus annulaire avec présence de nombreux bacilles de Koch dans les nodules lupiques, il faut craindre les embolies microbiennes et par suite l'évolution rapide d'une tuberculose viscérale.

Les traitements de choix sont la Finsenthérapie et l'ignipuncture.

La Finsenthérapie convient surtout aux formes malignes de lupus annulaire; on emploiera soit la méthode de Dreyer, soit la méthode type de Finsen basée sur les propriétés bactéricides des rayons chimiques du spectre solaire, sur l'action inflammatoire substitutive qu'ils peuvent exercer sur les tissus et sur leur pénétration plus facile et plus pro-

fonde dans les tissus cutanés lorsque ceux-ci sont exsangues. L'irritation cutanée produite par chaque application sera calmée par des pansements avec une crème à la lanoline et eau de chaux; les séances devront être répétées jusqu'à guérison complète de la lésion, mais une nouvelle séance de fin-synthérapie ne doit être faite que lorsque les phlyctènes consécutives à l'application précédente ont totalement disparu.

L'ignipuncture donne également d'excellents résultats et convient particulièrement aux formes de lupus annulaire moins virulentes. L'ignipuncture sera faite selon la méthode d'E. Besnier soit avec la pointe fine du thermocautère, soit de préférence avec la pointe la plus fine du galvanocautère : La pointe doit être portée seulement au rouge sombre pour éviter l'écoulement sanguin; les pointes de feu doivent se faire lentement, il faut éteindre la pointe ignée dans le tissu pathologique; en général la douleur est supportable; elle cesse d'ailleurs aussitôt après l'application.

L'ignipuncture doit être renouvelée chaque semaine; après chaque séance on tamponne la région thermocautérisée avec des solutions faiblement antiseptiques (permanganate de potasse à 1/4000, sublimé à 1/1000), puis l'on fait des applications d'emplâtre rouge de Vidal ou de Vigo que l'on renouvelle chaque jour jusqu'à la séance suivante.

OBSERVATION N° I.

LUPUS ANNULARIS (D^r ELLIOT)

(*Journal of cutaneous and genito-urinary diseases* 1896)

M^{ss} F..., âgée de 47 ans, vient consulter en novembre 1891; elle présente un bon état général et n'a eu aucune maladie grave dans sa jeunesse. Pas d'antécédents de tuberculose dans sa famille; pas d'antécédents de syphilis. Après avoir été dans une situation aisée, a subi des revers de fortune et a été obligée de s'occuper de son ménage et d'autres travaux.

Mère de plusieurs enfants qui sont tous en bonne santé.

Les lésions cutanées ont débuté il y a 2 ans d'une façon discrète sous forme de tâches brônâtres ayant environ les dimensions d'une tête d'épingle; ces éléments n'étaient pas surelevés et n'étaient le siège d'aucune démangeaison; ils n'étaient pas squameux et pendant quelque temps ne subirent aucune modification, puis ils s'agrandirent lentement, excentriquement pour arriver à former des lésions en forme d'anneaux qui, tout en conservant leur forme régulière, s'élargissaient graduellement. En même temps on constatait une disparition progressive des symptômes morbides au niveau de la partie centrale de la lésion si bien qu'il en résultait une lésion de forme plus ou moins circulaire. Pendant toute l'évolution de la maladie, on ne constata aucune ulcération ni destruction des tissus malades.

A l'examen, les lésions étaient localisées uniquement à la figure, le reste du corps ne présentait aucune altération pathologique. Elles étaient au nombre de quatorze : trois sur le front, trois sur la tempe droite,

deux sur la joue gauche, une sur le côté droit du nez empiétant sur la paupière droite, une sur l'aile du nez du même côté, une sur le menton et une en avant de chaque oreille. Les lésions varient comme dimensions d'une pièce de trois cents à une pièce de cinq cents; elles étaient pour la plupart ovales ou arrondies sauf les éléments des oreilles et un élément situé sur le nez qui avaient un contour un peu irrégulier.

Les lésions étaient formées par une aire centrale blanche, brillante, unie, cicatricielle, entourée et limitée par une bordure étroite, large environ d'un huitième à un seizième de pouce, légèrement surélevée, légèrement dure au toucher, régulière et continue, parfaitement égale partout, d'une couleur brônâtre et donnant l'impression de transparence; pas de tubercules discrets en dehors de la bordure; pas d'ulcérations ni de croûtes au niveau des lésions. En somme on ne trouve aucune autre lésion cutanée en dehors de ces anneaux étroits, brônâtres, transparents entourant la région centrale blanche et cicatricielle.

L'évolution fut très lente et progressive, se manifestant par un accroissement constant des dimensions des lésions :

Une biopsie fut pratiquée sur un élément siégeant près de l'oreille droite : l'examen microscopique montra la structure histologique du lupus vulgaire et la présence de quelques rares bacilles de Koch.

La malade est traitée puis disparaît pendant un an; elle revient en 1894; les lésions présentent toujours le même aspect; les anneaux se sont agrandis et dans l'intérieur de l'un d'eux on trouve au centre une demi-douzaine de petits tubercules typiques de lupus de la

grosseur d'une tête d'épingle, de couleur brune et semblables à de la gelée, se laissant très facilement dilacérer et pénétrer avec une petite sonde ou un autre instrument; aucun n'ayant tendance à s'ulcérer spontanément ou à se couvrir de croûtes.

Le traitement consista en cautérisations avec le crayon de nitrate d'argent.

OBSERVATION N° II.

Observation de MM. CHATIN et GASTOU,

ÉRUPTION CIRCINÉE DU FRONT

Julie L..., 20 ans, femme de chambre, bien constituée, robuste quoique de petite taille, sans antécédents héréditaires, père mort de maladie de cœur, mère vivante, bien portante.

Elle a un frère et une sœur vivants et en excellente santé; dans sa jeunesse elle n'a jamais eu aucune maladie, pas même la rougeole.

Il y a 16 mois, en janvier 1900, elle vit apparaître au sommet gauche du front, à la naissance des cheveux, un petit bouton blanc qui suppura et qu'elle ouvrit avec une épingle.

Le bouton, au lieu de se cicatriser, augmenta de volume, s'aplatit et fut remplacé par une rougeur de la dimension d'une pièce de cinquante centimes.

En septembre 1900, la malade consulta en Angleterre un médecin qui lui prescrivit une pommade et des lavages à l'eau chaude, puis cette thérapeutique restant

sans résultat, il fit des cautérisations au nitrate d'argent.

Le placard continuant à s'agrandir, sur les conseils d'une amie, la malade fit venir un guérisseur qui massa fortement la lésion et prescrivit des pommades, il se forma une plaie qui suppura pendant longtemps.

En janvier 1901, la malade vient à la consultation de l'hôpital Saint-Louis où elle fut traitée comme spécifique; on lui appliqua du vigo sur la lésion et on lui fit prendre de l'iodure de potassium à l'intérieur.

A la fin de janvier, nouvelle consultation, en ville cette fois, d'un médecin qui, croyant avoir affaire à une syphilide, fit à la malade trois injections de calomel, deux de 5 centigrammes et une de 6 centigrammes; puis pendant un mois, tous les deux jours, fit des piqûres d'huile biiodurée avec, dans l'intervalle, deux pilules de Dupuytren par jour, tout cela sans aucun résultat. Au dire de la malade, après chaque piqûre, il se produisit au front un gonflement douloureux, disparaissant au bout de quelques jours, mais sans aucune régression de la lésion qui continua à s'agrandir excentriquement, à la façon d'une trichophytie cutanée.

A Pâques, arrêt de tout traitement.

En juin, la malade vient à la polyclinique du P^r Fournier où elle est examinée.

Etat actuel. — Placard ovalaire de quatre centimètres de long sur deux centimètres de large, siégeant à la partie supérieure gauche du front; présentant en son milieu une surface blanche arrondie de un centimètre et demi de diamètre, délimitée régulièrement par un anneau rouge sombre formant une crête rugueuse au toucher, saillante, infiltrée et légèrement surélevée.

La coloration de la zone centrale est absolument normale et ne diffère en rien de la peau saine environnante; elle est recouverte de poils follets; aucune trace cicatricielle, pourtant la malade est très affirmative et assure que cette partie guérie aujourd'hui aurait été aussi rouge que les bords.

A la pression des doigts, la peau, surtout celle du centre du placard, est souple, non adhérente si le pourtour donne au doigt une sensation de légère infiltration.

A la loupe, on aperçoit à la périphérie dans le cercle infiltré quelques capillaires dilatés.

Examen histologique (pratiqué au laboratoire de clinique par M. Gastou). — La biopsie a porté sur tout l'anneau formé par l'éruption circonscrite dans le fragment de cercle le plus supérieur, près de la racine des cheveux. En ce point, la lésion est plus saillante et donne au toucher moins de sensation d'épaississement qu'en d'autres points.

Les coupes sont formées de deux parties distinctes, dont l'une a un épiderme proliféré et végétant, dont l'autre présente un épiderme diminué d'épaisseur, sous lequel les papilles sont aplaties et élargies.

Dans la première partie, les lésions épidermiques sont ainsi caractérisées : disparition de la couche cornée, conservation de la couche granuleuse diminuée d'épaisseur, prolifération et épaississement de la couche filamenteuse dont les cellules sont comme étiées et ont subi en plusieurs points la dégénérescence cavitaire, sans qu'il y ait formation vésiculeuse complète. La couche de cellules génératrices est tantôt régulière et de dimension et aspect normal, tantôt

épaissie, étirée et largement proliférée. Alors que dans d'autres points elle est comme absorbée par l'envahissement de l'infiltration papillaire sous-jacente qui va presque jusque sous la couche granuleuse. Dans un point de la préparation, là où la prolifération épidermique envoie un large bourgeon dans le derme, la désorganisation des cellules affecte l'apparence des bourgeons épithéliaux de l'épithélioma. Il n'y a pas de cellules d'infiltration dans l'épiderme. La région papillaire est, à peu de chose près, dans les deux parties de la coupe, de structure analogue et donne deux variétés d'aspect : en premier lieu, une infiltration cellulaire très prononcée, en second lieu un aspect filamenteux et grenu de la papille; très pauvre en éléments cellulaires. Quelques rares papilles ont un aspect mixte et leur tissu est alors désorganisé, creusé de lacunes que remplissent des débris cellulaires granuleux.

L'infiltration papillaire fait partie de l'infiltration générale de la coupe qui est farcie d'éléments cellulaires à noyaux volumineux, ronds, entourés de peu de protoplasma. Les cellules sont du type lymphocyte; on rencontre, surtout dans les couches papillaires, peu de cellules conjonctives et pas de polynucléaires.

L'infiltration est ordonnée par rapport aux vaisseaux, auxquels elle forme des manchons complets ou qu'elle entoure en partie en croissant, poussant des prolongements cellulaires qui s'unissent aux masses d'infiltration voisine. Les vaisseaux, dans la région papillaire, ont leur lumière très nette et sont dilatés. Dans les parties profondes du derme, l'aspect est tout autre. A part les glandes sébacées qui sont indemnes, on ne voit dans toute la coupe qu'une infiltration et une désorganisation complète du tissu.

Ici l'infiltration s'organise autour de volumineuses cellules géantes qui se groupent au nombre de quatre, cinq et plus pour former des amas surtout nombreux là où l'épiderme est diminué d'épaisseur.

Les foyers de cellules géantes correspondent aux points où la désintégration granuleuse est au maximum : les vaisseaux disparaissent, il existe de nombreuses lacunes et un mélange de cellules épithélioïdes et de cellules d'infiltration lymphocytaires qui fait varier d'un endroit à l'autre la configuration des amas. Le schéma de l'altération serait le suivant : au centre, une, deux ou trois cellules géantes très riches en noyaux et formant un cercle au milieu duquel existe la désintégration et la nécrose.

Au-delà des cellules géantes, un tissu réticulé contenant quelques lymphocytes, puis une bordure de cellules épithélioïdes formant une enceinte presque régulière au-delà enfin la masse d'infiltration dans laquelle sont les vaisseaux dilatés, masse allant jusqu'aux papilles.

On ne rencontre en aucune partie de bacille de Koch, ni d'autres éléments microbiens.

En résumé, la lésion examinée est constituée par un tissu nettement tuberculeux; il s'agit d'une variété de tuberculose cutanée intermédiaire entre le lupus nodulaire et la tuberculose végétante non ulcéreuse.

OBSERVATION N° III (Personnelle)

LUPUS ANNULAIRE DE LA RÉGION TEMPORALE

M., Arsène, 40 ans, électricien.

Antécédents héréditaires : Père mort à 82 ans, toussait depuis plusieurs années; mère bien portante.

Antécédents collatéraux : 3 sœurs en bonne santé, une sœur morte de tuberculose pulmonaire il y a 7 ou 8 ans.

Antécédents personnels : Première bronchite il y a 10 ans; nouvelle bronchite il a 2 ans et depuis, le malade a toujours continué à tousser.

Pas d'antécédents syphilitiques.

Marié; pas d'enfants, sa femme n'a jamais fait de fausses couches.

Histoire de la maladie. — Le début de l'affection actuelle remonte à 4 ans : à cette époque est apparue au niveau de la région temporale droite une petite lésion de couleur rouge jaunâtre, ayant les dimensions d'une lentille, non douloureuse : aucun traitement n'est institué à ce moment, mais la lésion s'étendant excentriquement d'une façon très lente, mais régulière, le malade commence à faire des applications de Cadum, puis de teinture d'iode alternées avec des applications de pâte de zinc, le tout d'ailleurs sans aucun résultat : la lésion continue à évoluer; plusieurs médecins sont consultés; l'un d'eux fait le diagnostic d'affection parasitaire et fait poser un vésicatoire loco dolenti.

Vient consulter pour la première fois à la consultation de l'Hôpital Saint-Louis vers la fin de Janvier 1920; on lui prescrit des badigeons quotidiens avec de l'al-

cool iodé que le malade fait régulièrement pendant 5 mois sans aucune amélioration. Vient consulter service du D^r Brocq le 15 juin 1920; le malade présentait alors au niveau de la région temporale droite, au-dessus de l'apophyse zygomatique, près de sa racine, à peu près à mi-distance entre l'oreille et la queue du sourcil, une lésion régulièrement arrondie, véritable couronne présentant les dimensions d'une pièce de deux francs. Cette lésion qui s'étend en bas jusqu'à un travers de doigt au-dessus de l'apophyse zygomatique se perd en haut dans les cheveux qui se trouvent en avant de l'oreille.

La bordure de cette couronne, de coloration jaunâtre, presque ambrée, présente quelques petites squames superficielles, peu visibles à l'œil nu mais que l'on peut mettre plus nettement en évidence par le grattage avec la curette d'exploration; cette bordure fait légèrement saillie sur la peau saine environnante, elle est nettement infiltrée : la largeur de la bordure est d'environ un millimètre; l'épaisseur est à peu près uniforme partout : par la vitro-pression on met en évidence de petits éléments de couleur jaune clair, gros comme la tête d'une épingle, rappelant tout à fait l'aspect des lupomes du lupus tuberculeux : ces petits nodules sont d'ailleurs plus nettement mis en évidence à la partie inférieure de la lésion où la bordure semble d'ailleurs un peu plus épaisse et plus saillante : dans la partie supérieure de la bordure, les tubercules lupiques sont un peu moins visibles.

La partie centrale de la lésion est constituée par de la peau qui paraît absolument saine; on ne trouve aucun nodule en activité; il n'existe même pas d'atro-

phie; les follicules pileux sont conservés absolument intacts.

Par le grattage avec la curette d'exploration on met en évidence quelques petites squames peu adhérentes; au bout de quelques coups de curette on obtient une légère hémorrhagie. Au scarificateur, la bordure semble mollassse et se laisse facilement dilacérer.

Rien à l'examen du reste du corps; on note seulement qu'il existe de l'acroasphyxie au niveau des deux mains.

Le malade présente un bon état général; on note seulement du subictère des conjonctives.

Examen des poumons. — A droite, en arrière, légère élévation de la tonalité à la percussion; à la palpation, exagération des vibrations thoraciques; à l'auscultation, diminution du murmure vésiculaire; respiration humée.

A droite, en avant, mêmes signes.

Le cœur semble normal.

Wassermann le 21 juin 1920 : totalement négatif.

Une biopsie est faite le 22 juin, portant sur la partie inférieure de la bordure et empiétant sur la peau saine; une partie de la biopsie est inoculée au cobaye, l'autre est fixée dans le liquide de Bouin.

L'inoculation pratiquée sous la peau de l'abdomen a été négative : le cobaye n'a subi aucun amaigrissement et à l'autopsie faite un mois après l'inoculation on n'a trouvé aucune lésion ni ganglionnaire, ni viscérale.

Traitement. — Le malade revient dans le service tous les 15 jours, on lui fait de l'ignipuncture avec la pointe

du galvanocautère; dans l'intervalle il fait lui-même des applications d'Emplâtre rouge de Vidal.

Comme traitement interne : arséniate de soude à la dose de un centigramme pro die, alternant avec le sirop iodotannique.

Le 5 décembre le lupus est presque totalement guéri, mais depuis quelques semaines, le malade se plaint d'avoir moins bon appétit; il dit avoir maigri de 6 kilogrammes depuis 2 mois.

Examen histologique. — La biopsie a porté sur la partie inférieure de l'élément, à cheval sur la bordure et la peau saine.

L'examen de la **peau saine** ne révèle que des altérations discrètes; l'épiderme est normal; la couche cornée est d'épaisseur normale ainsi que la granuleuse; le corps muqueux et la basale ne présentent aucune lésion; les papilles et les prolongements interpapillaires semblent réguliers.

Le derme superficiel est le siège d'une infiltration légère dont les éléments cellulaires appartiennent au type lymphocyte; cette infiltration devient d'ailleurs beaucoup plus marquée au voisinage de la bordure infiltrée.

Examen de la couronne infiltrée. — Un examen à un faible grossissement montre des lésions importantes que l'on peut définir ainsi : atrophie de l'épiderme; infiltration dense, homogène occupant le derme superficiel, le derme moyen et le derme profond formant par places de larges bandes, en d'autres endroits des nodules isolés séparés par de larges bandes de tissu dermique sain.

A un plus fort grossissement :

Epiderme : L'épiderme présente des lésions d'atrophie nette, simple, sans autres lésions : cette atrophie est à peu près égale partout et l'union avec le derme se fait suivant une ligne presque rectiligne : on note la disparition presque totale des papilles et des prolongements interpapillaires. La couche cornée est légèrement desquamante par places; il n'y a pas d'hyperkératose : on ne note pas d'altération appréciable du corps muqueux : la basale ne présente aucune altération intéressante.

Derme : L'infiltration est répartie en nappes assez homogènes, sur certains points n'arrivant pas directement au contact de l'épiderme, en d'autres points au contraire distendant l'épiderme, l'amincissant.

Cette infiltration occupe le derme superficiel, le derme moyen, le derme profond : par places l'infiltrat n'est pas dense et cohérent, mais entrecoupé par de larges bandes de tissu dermique paraissant sain.

Certains nodules sont constitués purement par des lymphocytes, d'autres à peu près uniquement par des cellules épithélioïdes; d'autres sont mixtes avec foyers épithélioïdes entourées d'une zone lymphoconjonctive.

Les cellules géantes sont très rares, certaines coupes n'en montrent pas une seule.

Dans la profondeur les glandes sudoripares sont bien conservées, entourées ou non par un manchon d'infiltration; les glandes sébacées sont intactes; les follicules pileux sont très nets, bien conservés.

Par places, l'épiderme s'atrophie à l'extrême à sa partie supérieure, s'incurve légèrement sur ses bords

et circonscrit ainsi une lésion qui paraît logée presque en plein épiderme et qui est formée d'une façon presque exclusive par des cellules épithélioïdes.

En résumé, les lésions observées montrent les caractères du tissu lupique, mais d'un tissu lupique pauvre en cellules géantes avec prédominance considérable des cellules épithélioïdes; en outre, ce qui frappe à l'examen des coupes, c'est l'intégrité totale des follicules pileux et des glandes sébacées.

OBSERVATION N° IV (Personnelle).

LUPUS ANNULAIRE DU TRONC

P..., Joseph, 30 ans, menuisier à Billancourt.

Ne peut fournir aucun renseignement sur ses antécédents héréditaires et collatéraux; il ignore également les maladies qu'il a eues dans sa jeunesse jusqu'à l'âge de 15 ans; à cette époque il eut une fièvre typhoïde grave à la suite de laquelle il aurait perdu complètement la mémoire de tout ce qui s'est passé antérieurement.

Né à Bruxelles, le malade va habiter l'Algérie à l'âge de 13 ans et c'est 2 ans plus tard qu'il contracte une fièvre typhoïde pour laquelle il a été soigné à l'hôpital de Sidi-bel-Abbès pendant 3 mois. Au cours de sa convalescence, qui fut d'ailleurs fort longue, le malade aurait présenté sur la face postérieure des avant-bras des deux côtés une éruption suintante qui fut diagnostiquée « eczéma » et traitée par de simples

pansements humides : cette éruption aurait duré 6 mois. Depuis sa fièvre typhoïde, le malade présente une certaine déblité intellectuelle et surtout des troubles de la mémoire.

En 1902, P... quitte l'Algérie pour le Brésil; séjourne à Para jusqu'en 1910 où il travaillait le bois sur place dans les forêts : dès son arrivée, le malade est pris par les fièvres dont les accès se succèdent à intervalles très rapprochés pendant un an puis s'espacent peu à peu, pour disparaître complètement il y a 5 ans environ. Vers la même époque, crise de dysenterie, traitée par les médications indigènes. Pendant son séjour au Brésil, présenta des ulcères au niveau des deux jambes (face interne des malléoles) qui guérirent par un traitement avec la poudre d'iodoforme; en même temps se déclara brusquement sur les jambes, des deux côtés, une éruption de couleur rouge foncé, formée de placards larges comme des pièces de un franc, disséminés çà et là qui disparurent au bout d'une quinzaine de jours sans aucun traitement.

Il y a 4 ans, adénites axillaires multiples avec suppuration qui persistèrent pendant 5 mois et que le malade a traitées lui-même sans les montrer à aucun médecin.

Le malade a eu à plusieurs reprises des bronchites légères dont la dernière remonte à janvier 1911 et fut traitée par des pilules balsamiques. Le malade s'enrhume facilement l'hiver, tousse peu et ne crache pas.

Pas d'antécédents syphilitiques avoués.

En 1910, le malade quitte le Brésil, rentre en Algérie pour s'engager dans la légion le 18 juin 1910. C'est pendant son séjour à la légion que la maladie actuelle a débuté.

Histoire de la maladie. Le malade entre à l'hôpital militaire en janvier 1911 pour une affection indéterminée caractérisée par de la faiblesse générale, des courbatures et un malaise indéfinissable; il est incapable de faire les marches avec le chargement complet. Quelques jours après son entrée à l'hôpital, il accuse une sensibilité extrême de tout le système osseux; douleurs profondes, qui ont complètement disparu actuellement.

C'est alors que sur la jambe gauche, au niveau de la face antérieure, débordant largement sur les faces latérales, apparaît un placard rouge, ressemblant à ceux que le malade avait présentés au Brésil. Un élément semblable mais moins étendu apparaît ensuite sur la jambe droite dans la région malléolaire externe; en même temps se montrent sur les deux bras des placards larges comme des pièces de deux francs mais de coloration un peu plus jaunâtre. Le médecin-major pose le diagnostic de syphilis et fait 3 injections de sel de mercure qui déterminent des poussées fébriles; le malade refuse de continuer le traitement; l'affaiblissement augmente, l'état général devient plus mauvais, si bien que le malade est réformé en septembre 1911; il rentre alors à Paris, va consulter à l'hôpital Cochin où on lui fait une prise de sang, mais aucun traitement spécifique n'est institué. Le malade quitte l'hôpital le 3^e jour.

A cette époque le malade présentait sur la poitrine et le dos (fin 1911) des éléments qui étaient apparus plusieurs mois après les lésions des bras; ces éléments, très peu nombreux (3 ou 4), avaient débuté sous forme d'un petit placard arrondi de quelques millimètres de diamètre, de couleur jaunâtre dont le premier en date

siégeait au niveau de la région pré-torale, ces éléments se sont agrandis peu à peu, excentriquement, d'une façon très lente.

En octobre 1911, le malade va consulter au dispensaire des Dames de France, rue Michel-Ange où on l'hospitalise pendant un mois et demi. Un Wassermann pratiqué est complètement négatif; des cultures faites avec le produit du râclage des éléments des bras ne donnent aucun résultat; on fait alors le diagnostic de psoriasis; au dire du malade, le médecin aurait noté une diminution de la sensibilité à la douleur, à la chaleur, au froid au niveau des plaques des bras. En dehors des plaques malades, la sensibilité est normale.

On fait 2 séries de 10 piqûres d'Hectine A; on constate une amélioration notable de l'état général, ainsi que la disparition graduelle des éléments des bras et des jambes qui s'effacent sans laisser de traces; par contre les lésions de la poitrine et du dos ne sont nullement améliorées, elles continuent à s'étendre insensiblement, très lentement, mais progressivement, d'une façon excentrique.

Quelques semaines avant son entrée à l'hôpital (6 avril 1913) à la suite de manipulations de poudres servant à la préparation de la peinture, le malade présente une poussée éruptive au niveau des deux mains et des avant-bras qui, à la suite d'applications de pommades irritantes et de grattages répétés se mettent à suinter abondamment, se recouvrant de croûtes, si bien que lorsque le malade vient consulter service du Dr Brocq, nous notons un œdème considérable de la face dorsale des deux mains et des avant-bras dont la peau

ne forme plus qu'une vaste surface suintante recouverte de croûtes brônâtres avec de nombreuses pustules dans les espaces interdigitaux et sur les faces latérales des doigts; il existe en outre à la face interne des avant-bras des traînées lymphangitiques remontant jusque dans la région axillaire.

Examen du malade. — 1° Au niveau de la poitrine :

Du côté droit, à deux centimètres du bord droit du sternum, un peu au-dessous du troisième espace intercostal droit, on trouve un élément arrondi en forme de couronne des dimensions d'une pièce de vingt centimes, de couleur jaune ambrée, à bord légèrement surélevé, infiltré, limité très nettement du côté de la peau saine; au centre existe une zone de peau de coloration un peu plus pâle que la peau saine environnante, mais ne paraissant pas atrophiée : il n'existe aucun élément en activité dans cette portion centrale.

La largeur de la bordure est variable, en certains points elle atteint 2 à 3 millimètres tandis qu'en d'autres points elle est à peine d'un millimètre.

Si l'on examine cette bordure plus attentivement on remarque qu'en certains points existent de fines squames transparentes, adhérentes, que l'on met surtout en évidence par le grattage. En d'autres points l'épiderme est comme translucide et laisse apercevoir par transparence des petits nodules arrondis juxtaposés, tangents les uns aux autres, d'un diamètre variant de 2 à 3 millimètres. Leur coloration est jaune ambré tout à fait semblable à celle des lupomes; ils se laissent dilacérer assez facilement par le scarificateur.

En un point qui regarde en haut et en dedans, existe sur une étendue de quelques dixièmes de millimètres

une solution de continuité au niveau de laquelle il est impossible, même par la vitropression de mettre en évidence des lupomès.

Sur le sein droit, en dehors et au-dessus de l'aréole du sein, empiétant même sur cette aréole par sa partie inférieure, existe un autre élément plus large de forme un peu moins régulièrement arrondie, plutôt ovoïde dont le grand axe atteint un centimètre et le petit axe 6 à 7 millimètres; la bordure est assez nettement infiltrée et par la vitropression on met en évidence des petits nodules encore plus visibles que sur l'élément précédent.

Du côté gauche, sur le bord gauche du sternum, au niveau du cartilage costal de la troisième côte existe un autre élément arrondi des dimensions d'une pièce de vingt centimes présentant les mêmes caractères que les éléments décrits plus haut.

A un centimètre du bord gauche du sternum, reposant sur la face antérieure des cartilages costaux (cinquième côte), on trouve une lésion plus petite de 6 millimètre de diamètre dont la bordure présente une largeur et une épaisseur régulières.

Deux centimètres au-dessous et un peu en dehors de ce dernier élément en existe un autre de forme moins nette, la demi couronne supérieure étant régulière et bien marquée, la demi couronne inférieure étant au contraire peu marquée.

On note en outre sur la poitrine l'existence de quelques papulo pustules d'acné.

2° En arrière :

A gauche, dans la fosse sous-épineuse on trouve un élément tout à fait au début datant de quelques se-

maines à peine, constitué par un petit nodule rouge, infiltré, de la dimension d'un petit pois, non adhérent aux plans profonds; la rougeur de la peau dépasse nettement les limites de l'infiltration.

Dans la région dorso-lombaire, à 4 centimètres à gauche de la ligne des apophyses épineuses, on voit un élément annulaire dont la bordure est un peu plus large que celle des éléments de la poitrine; en certains points les nodules constituant la bordure ne sont pas juxtaposés mais paraissent séparés par des intervalles de peau qui semble saine; la partie centrale de la lésion est également constituée par une zone de peau qui ne semble nullement atrophiée.

Du côté droit, près du bord interne de l'omoplate à cinq travers de doigt en dehors de la colonne vertébrale existe un élément de même dimension que le précédent mais dont la demi couronne interne est plus épaisse que la demi couronne externe; l'élément est un peu aplati dans le sens vertical; c'est sur cet élément qu'a porté la biopsie.

Dans l'espace qui sépare les apophyses épineuses des deux premières vertèbres lombaires, on aperçoit quelques petits nodules arrondis de couleur jaune ambrée, séparés les uns des autres par des intervalles de peau saine ayant tendance à se grouper en arc de cercle.

Sur l'épaule droite existent également deux petits nodules jaune clair situés l'un près de l'autre et semblant constituer la lésion tout à fait au début.

L'étude de la sensibilité des régions malades a donné les résultats suivants :

Au centre de la lésion, diminution de la sensibilité à la piqure, au froid, à la chaleur.

Au niveau de la bordure, sensibilité peu diminuée.

En dehors de la lésion, sensibilité normale dans tous ses modes.

Sur les deux bras on trouve un élément semblable à ceux décrits sur le dos et sur la poitrine et de dimensions analogues.

Sur le menton, juste au-dessous de la lèvre inférieure, existe un élément annulaire semblable à ceux du tronc mais à bordure plus infiltrée; par la vitropression on voit que les nodules qui constituent cette bordure sont plus confluent que dans les autres éléments.

Sur les jambes on trouve des cicatrices assez nombreuses consécutives à des traumatismes et aux ulcères que le malade a présentés au Brésil.

Nous noterons en outre que le malade ne présente rien de particulier à l'examen de la bouche et de la gorge.

Mauvais état général; malade fatigué; la figure est maigre, les yeux excavés, les oreilles décollées.

Examen du système nerveux : Réflexes rotuliens légèrement exagérés; pas de signe d'Argyll Robertson; par instants le malade est pris de tremblement qui dure pendant quelques minutes.

Appareil digestif : L'appétit est conservé; pas de troubles digestifs appréciables; le foie semble normal.

Appareil circulatoire : Pouls faible, bat à 80° : cœur normal : le malade présente de l'acroasphyxie.

Appareil pulmonaire : En arrière, au sommet gauche, élévation légère de la tonalité à la percussion; à la palpation, légère exagération des vibrations thoraciques.

A l'auscultation : diminution du murmure vésiculaire à gauche; à droite, respiration rude, retentissement de la voix.

En avant : mêmes signes qu'en arrière.

Wassermann complètement négatif.

Le malade sort de l'hôpital dès que son eczéma des mains est guéri et refuse de se laisser traiter pour son loup.

Examen histologique (Dr Pautrier). -- La biopsie a porté sur un élément circonscrit de la face dorsale du tronc, à cheval sur la peau saine et sur la bordure. La peau saine ne l'est qu'en apparence elle présente en réalité une série d'altérations, à la vérité peu importantes.

L'épiderme ne présente rien d'intéressant à signaler; il est d'épaisseur normale pour la région. La couche cornée paraît pourtant par places très légèrement augmentée d'épaisseur et se détache de la granuleuse présentant une ébauche de desquamation, mais il n'y a pas de parakératose : la granuleuse représentée, comme il est de règle, dans une région à peau fine, par une seule assise cellulaire, existe partout au-dessous de la couche cornée. Le corps muqueux et la basale ne présentent aucune lésion, celle-ci dessine des papilles et des prolongements interpapillaires réguliers.

Dans le derme, par contre, il existe des lésions discrètes; le corps papillaire présente une infiltration

clairsemée. Le derme superficiel présente des dilatations vasculaires nettes; les capillaires flexueux apparaissent gorgés de globules rouges : ils sont en outre entourés par un manchon peu épais mais franchement apparent d'infiltration cellulaire. Ces éléments cellulaires, comme ceux qui sont répartis, clairsemés, dans le corps papillaire, appartiennent tous au type lymphocyte ou cellule conjonctive fixe. Dans le derme moyen quelques éléments cellulaires, plus nombreux que normalement, sont disséminés entre les fibres de collagène. En résumé, au pourtour du foyer morbide principal existent des lésions histologiques discrètes mais nettes consistant en dilatations vasculaires et en infiltration cellulaire clairsemée ou groupée autour des vaisseaux.

Les lésions restent les mêmes jusqu'au voisinage immédiat du tissu vraiment pathologique et l'on passe brusquement à la zone des lésions en activité.

Un examen à un faible grossissement montre ici des lésions importantes que l'on peut résumer de la façon suivante : atrophie de l'épiderme particulièrement marquée par places; infiltrat dense, homogène, occupant en nappe tout le corps papillaire et le derme superficiel : en bordure inférieure de cette nappe d'infiltration, on trouve une série de nodules d'infiltrat isolés; en plein derme profond on voit un gros nodule isolé; le reste de la couche dermique ne présente que de rares éléments cellulaires clairsemés.

A un plus fort grossissement : **L'Epiderme** présente des lésions d'atrophie nettes mais qui ne sont pas partout égales; par places on retrouve encore des papilles et des prolongements interpapillaires, assez peu mar-

qués il est vrai : en d'autres endroits tout feston de la basale a complètement disparu et l'épiderme ne forme plus qu'une mince bandelette rectiligne : manifestement l'infiltrat a distendu l'épiderme et tend à lui faire faire saillie à l'extérieur en l'usant et en l'amincissant.

La couche cornée est cependant légèrement épaissie par places et en voie de desquamation, sans parakératose.

La granuleuse est partout conservée, représentée par une seule assise cellulaire à granulations de kératohyaline.

Le corps muqueux ne présente aucune altération cellulaire. Là où existent encore papilles et prolongements interpapillaires, il est formé par 4 à 5 couches de cellules; là où il est aminci et forme une mince bandelette rectiligne, il est réduit à deux assises cellulaires, la basale et une couche de cellules vaguement polyédriques. La basale ne présente aucune altération intéressante.

Derme : Les rapports de l'épiderme et de l'infiltrat dermique varient suivant les régions à papilles conservées ou les régions à atrophie épidermique.

Là où les papilles sont conservées, l'infiltrat n'arrive pas en contact intime avec la basale. Le corps papillaire présente une infiltration cellulaire importante mais non tassée et l'on distingue encore nettement les fibrilles de collagène et ce n'est que dans la couche supérieure du derme que les éléments cellulaires deviennent cohérents : même dans cette région l'infiltration ne forme pas une nappe homogène mais est plutôt disposée en nodules entre lesquels transpa-

raissent des bandes de collagène modérément infiltrées.

Au contraire, dans les régions où l'épiderme aminci ne forme plus qu'une bandelette, l'infiltrat arrive en couche dense jusqu'au contact même de la basale et forme une nappe homogène.

Les éléments cellulaires qui constituent ces nodules encore distincts ou ces nappes homogènes sont essentiellement des lymphocytes et des cellules conjonctives fixes. D'assez nombreuses cellules géantes parsèment ce tissu infiltré; elles présentent les caractères habituels de ces éléments : large zone de protoplasma nécrosé et couronne incomplète ou tout à fait complète et régulière de noyaux à la périphérie : au voisinage de ces cellules géantes on note la présence d'un certain nombre de cellules épithélioïdes. Ces cellules géantes sont en général isolées; ce n'est qu'exceptionnellement qu'on en voit deux groupées.

Les coupes colorées de Van Gieson permettent de constater que dans toutes les zones occupées par les nodules ou les nappes d'infiltration, le collagène est presque complètement détruit, on ne retrouve plus que de rares fibrilles isolées.

De même les coupes colorées à l'orcéine-bleu montrent dans les mêmes régions la disparition totale de l'élastine. Les fibres brunâtres du tissu élastique ne reparaissent qu'en dessous de la limite inférieure de l'infiltrat.

Cette limite inférieure est remarquablement haut placée : Nous l'avons déjà dit : seuls le corps papillaire et le derme superficiel sont envahis; le derme moyen et le derme profond sont à peu près sains.

La limite inférieure de l'infiltrat est assez nette et le derme sain apparaît brusquement. Par places pour-tant des nodules isolés siègent au-dessous de la nappe supérieure d'infiltrat séparés de celles-ci par une bande de collagène sain plus ou moins large.

Ces nodules isolés ont des formes et des dimensions variables, tantôt vaguement arrondis et de petit volume, ils forment tantôt par places une traînée allongée parallèlement à la surface de la peau. Les éléments cellulaires qui les constituent sont de même nature que ceux qui constituent la nappe supérieure : lymphocytes, cellules conjonctives fixes et quelques cellules géantes entourées de cellules épithélioïdes. Là encore collagène et élastine sont détruits.

Le derme moyen et le profond sont sains dans leur ensemble; seul, un gros nodule bien circonscrit, isolé, apparaît au milieu du derme moyen, présentant des caractères analogues à ceux déjà décrits.

Enfin, en profondeur, autour des glomérules des glandes sudoripares, infiltration légère, discrète, à type lympho-conjonctif pur. Aucune lésion vasculaire profonde.

En résumé, les lésions étudiées montrent tous les caractères du tissu lupique, avec formation de tissu tuberculeux franc, mais présentent deux particularités intéressantes à mettre en lumière : d'abord il s'agit d'un tissu lupique « pauvre » : rareté des cellules géantes, rareté surtout des cellules épithélioïdes; prédominance de l'élément lympho-conjonctif; en deuxième lieu, superficialité remarquable des lésions qui sont du type du lupus plan peu infiltré avec intégrité du derme moyen.

OBSERVATION N° V

UN CAS DE LUPUS ANNULAIRE ORDINAIRE

par Richard L. SUTTON, M. D. Kansas-City.

M. A. J., tailleur, 24 ans, entré dans le service à l'University Dispensary en juin 1909.

Antécédents héréditaires : pas de tuberculose ni de syphilis dans la famille.

Antécédents personnels : Le malade est marié et a deux enfants vivants, en bonne santé (l'un de 23 mois, l'autre de 9 mois). Sa femme n'a pas eu de fausses couches. Le malade est né à Vilna (Russie) et est resté trois ans dans cette ville; n'a jamais eu de maladie vénérienne ni aucune maladie grave.

Histoire de la maladie. — Il y a trois ans, environ apparut la première lésion sous la forme d'une petite papule aplatie, de couleur brune, au niveau de la partie externe de la cuisse gauche; cette lésion n'était ni douloureuse, ni prurigineuse. Le malade ne porta d'abord aucune attention à cette lésion; mais celle-ci s'agrandit graduellement jusqu'à acquérir un centimètre de diamètre. Le centre de la lésion s'ulcéra ensuite et il s'écoula du pus et du sang. La guérison se fit lentement et il en résulta une cicatrice unie et atrophique. A partir de ce moment la surface malade continua à s'élargir, guérissant au centre en même temps qu'elle progressait à la périphérie. A ce moment l'anneau qui délimitait la lésion avait une largeur uniforme et formait un cercle continu plus ou moins irrégulier suivant l'évolution de la maladie et la rapidité de la cicatrisation.

Examen. — Le malade présente un bon état général; c'est un homme vigoureux; les cheveux et les ongles ne présentent aucune altération; les pupilles réagissent normalement à la lumière; les autres réflexes sont normaux. Le Wassermann est négatif. Les poumons sont sains; le pouls est bien frappé et régulier, la pression sanguine est normale; la densité des urines est de 1018, elles ne contiennent ni sucre ni albumine; pas d'hypertrophie ganglionnaire apparente; pas de cicatrices sur la langue ni sur la muqueuse buccale.

Sur la partie externe de la cuisse gauche, à peu près à égale distance du genou et de la hanche, on trouve une lésion cutanée de forme ovale mesurant 5 à 6 centimètres de diamètre : la partie centrale de la lésion est cicatricielle et est constituée par du tissu de cicatrice uni et brillant. La bordure en activité est formée par des papules aplaties à leur sommet, étroitement groupées, très infiltrées, de couleur rouge sombre, variant des dimensions d'un grain de millet à celles d'une tête d'épingle; elles sont sèches, un peu molles au toucher et non douloureuses. A la vitropression, la peau apparaît uniformément pigmentée; les espaces qui séparent les papules présentant la même coloration brune que les papules elles-mêmes; toutefois quand on comprime un peu fortement la peau, seuls les nodules semblent pigmentés. Il n'existe pas de croûtes et la lésion tout entière est parfaitement sèche.

Examen histologique. — L'examen microscopique d'un fragment de peau prélevé au niveau de la bordure de la lésion montra l'histologie du lupus vulgaire avec

cellules géantes contenant quelques bacilles tuberculeux, mais pas dans toutes les coupes.

Le traitement pratiqué a été l'excision sous anesthésie.

OBSERVATION N° VI

**OBSERVATION D'UNE FORME RARE
DE TUBERCULOSE AVANCÉE**

par Charles C. RANSOME, M. D. et Fra Van Gieson, M. D.

Kate R., âgée de 9 ans, entre dans le service en décembre 1892; elle est la quatrième enfant et la seule fille d'une famille de sept enfants dont quatre sont encore vivants et bien portants, les trois autres sont morts, l'un de diphtérie, un autre d'une fracture du crâne et le troisième d'une méningite cérébro-spinale à l'âge d'un an et demi. L'histoire de la famille est la suivante : La bisaïeule maternelle est morte d'hydropisie de cause inconnue; le bisaïeul maternel est mort d'apoplexie; le grand-père maternel est mort d'un empoisonnement par le chloral. La grand-mère maternelle est encore vivante et est âgée de 60 ans environ; à part un rhumatisme chronique qui la fait beaucoup souffrir, elle est en bonne santé. La mère est vigoureuse et bien portante et est capable de faire les travaux du ménage et la couture pour toute la famille. Le grand-père paternel est mort à un âge avancé d'une maladie aiguë, il ne fut malade que quelques jours; la grand-mère paternelle vit encore et a près de 90 ans; c'est une grosse femme bien portante. Le père est un gros homme, plein de santé, pesant plus de 200 livres et qui n'a jamais été malade.

La malade est un enfant pâle, mince, qui, d'après la mère, a toujours été plus délicate que les autres enfants quoique n'ayant jamais fait de maladie grave.

Histoire de la maladie. — Il y a trois mois environ, en revenant de jouer, l'enfant se plaignit de souffrir dans le bras droit. En l'examinant, la mère trouva une petite tumeur dans l'aisselle droite et en même temps aperçut un petit bouton rouge sur le côté droit de la poitrine. La tumeur était sensible à la pression et la mère mit des cataplasmes pendant quelques jours puis montra l'enfant à un médecin qui ordonna un onguent. Pendant ce temps le petit bouton de la poitrine devenait plus gros et bientôt d'autres petites taches apparurent autour de la lésion primitive; elles ne s'accompagnaient d'aucune sensation de gêne et sans leur aspect disgracieux elles seraient passées inaperçues. Peu à peu ces taches disparurent et d'autres vinrent au même endroit, ayant tendance à devenir de plus en plus nombreuses.

A l'examen. — Sur la partie supérieure de la poitrine, environ un pouce au-dessus du mamelon et juste sur le bord droit du sternum on trouve une lésion plus ou moins circulaire à contour irrégulier. Le centre de la lésion est un peu déprimé par rapport aux plans environnants et a un aspect lisse, brillant comme du tissu cicatriciel. La couleur de la partie centrale est rose pâle ou purpurine (nuance lavande comme dans le lichen plan) : à la périphérie de la lésion on trouve des groupes de papules des dimensions d'une tête d'épingle à différents stades de développement et d'évolution. Les papules récentes sont légèrement surélevées et sont recouvertes d'une petite squame blan-

châtre légèrement adhérente. La couleur des papules est rouge sombre, donnant à la bordure de la lésion une teinte rouge brun. Les papules anciennes, regardées soigneusement, ont une teinte rouge jaunâtre et semblent contenir un liquide jaunâtre, mais n'ont pas l'aspect gelée de pommes des tubercules ordinaires de lupus. Disséminées autour et entre les papules on trouve des marques déprimées ou des cicatrices présentant les mêmes caractères et la même coloration que l'aire centrale de la lésion. Il n'existe absolument aucun symptôme subjectif. Dans l'aisselle droite on trouve un gros ganglion ayant à peu près 1 centimètre de diamètre, dur au toucher et non douloureux. Comme traitement on fait des applications de vaseline et la petite malade est mise en observation pendant tout l'hiver : pendant ce temps plusieurs papules disparurent et quelques nouvelles se développèrent à la périphérie, quelques-unes jusqu'à un demi pouce de la lésion primitive.

En décembre 1893 une biopsie est pratiquée et un examen histologique fait par le Dr Van Giéron.

Dans le courant de l'été suivant (1894) les papules qui formaient la bordure de la lésion disparurent complètement et aucune autre ne réapparut; à peu près en même temps le gros ganglion de l'aisselle se ramollit et s'ouvrit spontanément.

En juin 1895, la guérison de la lésion de la poitrine persiste. Là où siégeait la lésion on trouve une cicatrice blanche, brillante et unie avec de petites cicatrices blanches en bordure là où existaient les petites papules isolées. L'enfant a grandi et bien qu'elle soit

un peu pâle et d'aspect chétif, elle semble se bien porter.

L'Examen histologique, pratiqué par le Dr Van Gieson, montra la structure histologique du lupus vulgaire; les nodules étaient très superficiellement situés comme dans le lupus plan; en outre des nodules tuberculeux l'examen microscopique révéla l'existence de petites vésicules.

L'inoculation au cobaye fut positive (à l'autopsie, 43 jours après l'inoculation, on nota le développement d'une tuberculose généralisée.)



CONCLUSIONS

I. — Sous le nom de *lupus tuberculeux annulaire*, nous désignons une variété de *lupus* vulgaire caractérisée par une évolution lente à marche extensive, centrifuge. A la périphérie de la lésion existe une zone d'activité constituée par des tubercules jaunâtres, transparents, tangents les uns aux autres, légèrement squameux ou squamo-croûteux. La zone centrale de la lésion est formée par de la peau qui paraît être saine ou qui n'est que légèrement cicatricielle; sa couleur est normale et elle a parfois conservé intégralement ses follicules pileux et ses glandes sébacées.

II. — Au point de vue histo-pathologique le *lupus annulaire* offre tous les caractères du tissu lupique avec formation de tissu tuberculeux franc, mais assez pauvre en cellules géantes.

III. — Le pronostic de cette affection doit être réservé, étant donné la coexistence fréquente de lésions pulmonaires. Il semble également que parfois la guérison thérapeutique du *lupus annulaire* coïncide avec une aggravation des lésions viscérales et même avec une terminaison fatale.

IV. — Le diagnostic doit en être fait avec le *lichen plan circiné*, la *porokératose* de Respighi-Mibelli, l'épi-

thélioma plan cicatriciel dit perlé et surtout avec les syphilides secondaires et tertiaires circonscrites; dans ce dernier cas les anamnétiques et la réaction de Wassermann fourniront d'utiles renseignements.

V. — Le traitement du lupus annulaire devra être surtout un traitement général, hygiénique et diététique, médicamenteux (huile de foie de morue, préparations iodées et arsénicales, injections intraveineuses de sulfates de terres rares).

Les traitements locaux de choix semblent être la Finsenothérapie et l'ignipuncture suivant la méthode de E. Besnier.

BIBLIOGRAPHIE

P. AUBERT. — *Traitement du Lupus à l'Antiquaille* (Annales de Dermatologie et de syphiligraphie n° 3, 25 mars 1883).

BARBIER. — *Traité de Médecine et de Thérapeutique de Gilbert et Thoinot*, tome XXIX : traitement de la tuberculose pulmonaire.

E. BESNIER. — *Le lupus et son traitement* (Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie, 25 août 1883).

Albert BONNEAU. — *Exposé historique du traitement du lupus* (Thèse de Paris, 27 juillet 1883).

L. BROcq. — *Traité de Dermatologie pratique*, Paris 1907.

L. BROcq. — *Communication sur le lupus*. Congrès de Budapest 1909.

CHATIN et GASTOU. — *Eruption circinée du front* (Bulletin de la Société de Dermatologie et de Syphiligraphie; séance du 4 juillet 1901).

ELLIOT. — *Lupus annularis*. Journal of cutaneous and génito-urinary diseases. 1896, page 476.

A. FOURNIER. — *Traité de la syphilis*. 1898.

P. FRANÇOIS. — *La Photothérapie* (méthode de Finsen)

dans le traitement du lupus vulgaire (Journal de Radiologie et d'Electrologie. 1914, page 149).

A. FROUIN. — *Action des sels de terres rares sur le développement du bacille tuberculeux et de l'aspergillus-niger* (Compte rendu des séances de la Société de Biologie, tome 73, p. 640. 1912.

H. GRENET et DROUIN. — *Communication à l'Académie de Médecine*. Mars 1920.

S. GUERQUIN. — *Traitement de la tuberculose de la peau par les injections intraveineuses de sulfates de terres rares*. (néodyme, praséodymè, samarium). Thèse de Paris 1920.

JADASSOHN. — *Tuberkulose der Haut in F. Mrazek Handbûch der Hautkrankheiten*. 1905.

KAPOSI. — *Hautkrankheiten*.

KAPOSI (Traduction de E. Besnier et Doyon), tome II, page 441.

LEVANDOWSKI. — *Tuberkulose der Haut*.

M. PINARD. — *Tuberculides circonées simulant les syphilitides tertiaires* (Bulletin de la Société de Dermatologie et Syphiligraphie n° 5-6. 1919.

E. VIDAL. — *Contribution à l'étude de la tuberculose cutanée* (Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie n° 8. 25 août 1882).

E. VIDAL. — *Du lupus*. Gazette des Hôpitaux. 20 mars 1879.

JAMES and WALKER. — *An unusual case of tuberculosis of the skin* (Journal of cutaneous and génito-urinary diseases, 1895).

LIPSCHÜTZ. — *Archiv für Dermatologie und Syphiligraphie*, 1910, p. 262. W. D. G., 26 octobre 1910.

Ch. RANSOM and Ira VAN GIESEN. — *An uncommon form of cutaneous tuberculosis* (Journal of cutaneous and génito-urinary diseases, July 1895, page 269).

Richard SUTTON. — *A case of lupus annularis* (Journal of cutaneous and génito-urinary diseases, 1910).

Karl ZIELER. — *Tuberculose de la peau*, 1914, pages 63, 66, 275.

TABLE DES MATIÈRES

Introduction.....	11
Historique	13
Etude clinique.....	18
Evolution et Pronostic.....	21
Histologie Pathologique	24
Diagnostic	27
Traitement.....	34
Observation I.....	39
— II.....	41
— III.....	46
— IV.....	51
— V.....	64
— VI.....	66
Conclusion.....	71
Bibliographie	73
